

Date :

N° :

Centre de Soins Sainte Barbe

Rue Emile Godfrind 101
5300 Seilles

RESERVATION POUR HEBERGEMENT.

RESIDENT

Nom : Etat civil : marié(e) veuf(ve)

Prénom : célibataire

Date de naissance : Âge :

Situation actuelle (provenance) :

Domicile :

Autres MR - MRS :

Hôpital :

Situation antérieure :

Cause du placement :

Durée désirée/prévue du séjour : définitif court :

Assistant(e) social(e) : nom :

téléphone :

Handicap physique :

Se laver : autonome aide partielle aide complète Autres :

S'habiller : autonome aide partielle aide complète

Se déplacer : autonome aide partielle aide complète

Aide à la toilette : autonome aide partielle aide complète

Continence : continent accidentel incontinent

Manger : autonome aide partielle aide complète

remarques :

Handicap mental :

temps : aucun rarement totalement Autres :

espace : aucun rarement totalement

remarques :

MEDECIN TRAITANT

ESTIMATION

Nom : MR : O A B

Téléphone : MRS : B C CD

CONTACT FAMILLE

Nom : fille/fils époux(se) autres :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : bureau : gsm :

ENTREE PREVUE LE :